

und modifizierter Katharsis für den Patienten günstiger oder notwendig, in welchem Falle ungünstig oder kontraindiziert sein mag.

Der LSD-Rausch als Hilfsmittel psychosomatischer Forschung

Von HANS KILIAN

In den letzten Jahren ist mehr und mehr von einem neuen Fachgebiet die Rede, das über die Grenzen der Medizin hinaus auch in der Öffentlichkeit viel diskutiert wird: der sogenannten Psychopharmakologie. Die pharmazeutische Industrie bringt eine wachsende Zahl von Substanzen auf den Markt, die teils von Psychiatern, teils aber auch von Internisten, praktischen Ärzten und Vertretern verschiedener medizinischer Fachgebiete angewendet werden, ohne daß diese Ärzte über eine psychotherapeutische Ausbildung verfügen. Die meisten dieser Substanzen haben bei aller Verschiedenheit der pharmakologischen Wirkung gemeinsam, daß sie unerwünschte psychische Symptome lindern oder unterdrücken, indem sie die intrapsychische Kommunikation herabsetzen. Dieser Effekt schlägt sich u. a. darin nieder, daß die Traumproduktion der so behandelten Patienten herabgesetzt wird. Dies kann in psychoanalytischer Sicht als Indikator dafür gelten, daß die Barriere zwischen dem Bewußtsein und dem sogenannten Unbewußten verstärkt wird. In neurosenpsychologischer Terminologie kann man folgendermaßen definieren: Die bei den neurotischen Patienten insuffizient gewordenen autochthonen Abwehrmechanismen werden durch chemische Abwehrmechanismen substituiert. Infolge dieser Wirkungsweise können die Psychopharmaka im allgemeinen den sogenannten zudeckenden Verfahren der Psychotherapie zugeordnet werden, die wie die Hypnose und das autogene Training auf eine Bewußtmachung und darauf folgende Lösung jeweils bestehender unbewußter Konflikte verzichten.

Neben den „zudeckenden“ Psychopharmaka sind aber auch einige auf den Markt gebracht worden, die der Unterstützung

ED BE
the L
made

115525

einer aufdeckenden Psychotherapie dienen. Dazu gehören Narkotika wie Pentothal und ähnliche Substanzen, mit deren Hilfe die sogenannte Narkoanalyse betrieben worden ist. Freilich ist es um diese Methode, die „unbewußtes Material“ unter Ausschaltung des Bewußtseins und der Selbstkontrolle den Patienten zu Tage fördern sollte, in den letzten Jahren sehr still geworden. Offensichtlich sind die langfristigen Heilerfolge eines solchen Verfahrens, das die Abwehrmechanismen der Neurose nicht analytisch aufarbeitet, sondern nur umgeht, in keiner Weise überzeugend gewesen.

Neuerdings macht sich eine neue Welle von Versuchen bemerkbar, aufdeckende Psychotherapie mit Unterstützung von chemischen Substanzen zu betreiben. Diese Welle ist durch das Auftauchen der sogenannten Halluzinogene oder Eidetica ausgelöst worden, deren wichtigste zum Zwecke der Psychotherapie angewendeten Mittel das LSD-25 (Lysergsäurediäthylamid) und das Psilocybin sind. Im Gegensatz zu den zudeckenden Psychopharmaka wird durch die Halluzinogene die intrapsychische Kommunikation nicht herabgesetzt, sondern sie wird im Gegenteil gesteigert. Dies zeigt sich nicht nur unmittelbar während des durch Halluzinogene hervorgerufenen Rauschzustandes, sondern auch über längere Zeiträume nach dem Rausch. In einzelnen Fällen hat man Halluzinogene mit enthemmenden und euphorisierenden Substanzen wie Pervitin und Ritalin verabreicht, um die Steigerung der intrapsychischen Kommunikation während des Rausches zu verstärken, oder zumindest, um die Bereitschaft des Patienten zur kathartischen Abreaktion zu vermehren.

Insgesamt sind Hunderte von Arbeiten über aufdeckende Psychotherapie mit Hilfe von Halluzinogenen veröffentlicht worden, wobei neben den angelsächsischen Autoren südamerikanische, italienische und skandinavische im Vordergrund stehen. In Deutschland hat 1953 erstmals FREDERKING Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt. Neuerdings hat LEUNER versucht, das Krankengut einer Universitäts-Nervenklinik in größerem Umfang in eine solche von ihm als „Psycholyse“ bezeichnete Rauschbehandlung einzubeziehen.

Die meisten Autoren zeichnen sich in ihren Arbeiten durch

einen sehr großen therapeutischen Optimismus aus, der bei vielen bis zu einem in den Augen nüchterner Wissenschaftler verächtlichen Enthusiasmus geht. Katamnästische Untersuchungen mit einer Beobachtungszeit von zwei bzw. fünf Jahren liegen bisher nur von wenigen Autoren wie SANDISON und LEUNER vor. Sie geben übereinstimmend an, daß die Quote einer vollständigen Ausheilung oder zumindest sehr erheblichen Besserung bestehender Neurosen 60 bis 65 % betrage. Soviel sich aus den betreffenden Arbeiten erkennen läßt, war das Heilungs- bzw. Besserungskriterium bei diesen Untersuchungen ausschließlich die Symptombefreiheit, nicht aber die Frage, ob unbewußte neurotische Konflikte wirklich gelöst waren und ob die Patienten im Bereich ihrer vorhandenen Erlebnislücken neue Erfahrungen und neue Verhaltensweisen entwickelt hatten. LEUNER weist darauf hin, daß die Heilungsquote von 60 bis 65 % im übrigen unter dem Aspekt gesehen werden müsse, daß in den Kreis der mit Halluzinogenen behandelten Fälle viele Krankheitsbilder aufgenommen worden seien, bei denen eine Indikation für die Durchführung einer landläufigen Psychoanalyse nicht bestanden hätte. Dies gilt nach seinen Angaben namentlich für Psychopathien und Perversionen, die angeblich auf die Behandlung mit Halluzinogenen besonders gut ansprechen, weil die Rauschbehandlung dazu geeignet ist, solchen Patienten eine sehr unmittelbaren Zugang zu ihrer sonst verdrängten Emotionalität zu verschaffen.

Bei einer Sichtung der vorliegenden Literatur über Psychotherapie im Halluzinogenrausch fällt auf, daß nur sehr wenige Psychoanalytiker sich dieses Verfahren zu eigen gemacht oder überhaupt nur erprobt haben. Die meisten Autoren sind psychoanalytische Autodidakten, deren Intention denn auch auf die Gewinnung von unbewußt-verdrängtem „Material“ hinauslief, nicht aber auf jene methodische Analyse von Übertragung und Widerstand – geschweige denn der Gegenübertragung –, die das eigentliche Bemühen der Psychoanalyse darstellt. Nur SAVAGE und ABRAMSON haben versucht, das Übertragungs-geschehen während des Rausches in den Mittelpunkt ihrer Beobachtungen zu stellen und – statt eine „Materialanalyse“ zu betreiben – vorwiegend übertragungsanalytisch vorzugehen.

Eine Anzahl anderer Autoren weisen wie u. a. auch LEUNER darauf hin, daß während der Rauschbehandlung eine erhebliche „Intensivierung der Übertragung“ stattfinde, die therapeutisch nutzbringend sein könne. Insgesamt wird angesichts der materialanalytischen Einstellung der meisten Autoren jedoch der Eindruck erweckt, die aufdeckende Psychotherapie im Halluzinogenrausch sei eine Neuauflage der Psychokatharsis und damit eines Stadiums der analytischen Psychotherapie, das der Entwicklung einer methodischen Psychoanalyse vorausgeht. Insofern nimmt es nicht Wunder, daß die führenden Vertreter der Psychoanalyse sich bisher ablehnend verhalten und z. T. wie MITSCHERLICH und GRINKER in schriftlichen Stellungnahmen vor der Verwendung von Halluzinogenen zum Zwecke der Psychotherapie gewarnt haben. Freilich hat keiner der genannten Autoren und auch sonst keiner der anerkannten Vertreter der Psychoanalyse sich der Mühe unterzogen, das Verfahren mit dem Instrumentarium ihrer Wissenschaft zu überprüfen und das vorliegende Material zu verifizieren oder zu falsifizieren. Letzteres wäre wohl zweifellos auch zur Begründung einer Ablehnung des fraglichen Forschungsansatzes notwendig.

Zweifellos sind die namentlich von MITSCHERLICH und GRINKER vertretenen Argumente erwägenswert, wonach die Materialanalyse im LSD-Rausch praktisch in der Förderung von narzistischen Omnipotenzgefühlen sowie in einer realitätsinadäquaten Inflation bestehe.

In dieser Situation und infolge einer eigenen Erfahrung eines LSD-Rausches ergab sich dem Verfasser das Bedürfnis, eigene Erfahrungen mit dem Verfahren zu sammeln, um seine Anwendungsmöglichkeiten kritisch zu beurteilen. Da Verfasser Anhänger einer konsequenten Übertragungsanalyse ist, wie sie sich außer in den Schriften von SIGMUND FREUD selbst namentlich bei MELANIE KLEIN abzeichnet, lief seine Fragestellung darauf hinaus, ob der Halluzinogenrausch unter Verzicht auf wesentliche Regeln psychoanalytischer Technik als Hilfsmittel der Forschung und namentlich zur Erhellung regressiver Ich-Zustände verwendbar sei. Da das Krankengut der vom Verfasser geleiteten Psychosomatischen Abteilung einer Medizini-

schen Poliklinik vorwiegend Organneurosen umfaßt, ergab sich eine zweite Problemstellung aus der Frage, ob der LSD-Rausch ein geeignetes Verfahren sein könne, um den der Aufnahme einer Psychoanalyse von Organneurotikern sehr oft hinderlich im Weg stehenden Abwehrmechanismus der Somatisierung analytisch zu bearbeiten.

Da die systematische Arbeit auf diesem Gebiet erst seit einem Jahr läuft, ist es zweifellos verfrüht, stichhaltige Angaben über Resultate vorzulegen. Ich muß mich daher im folgenden darauf beschränken, die Methodik zu beschreiben und einzelne Ausschnitte aus Rauschsitzungen darzustellen, die geeignet sind, einen Eindruck von der Methode und ihrer Anwendungsmöglichkeit zu vermitteln.

Im Verlauf eines Jahres wurden 46 Patienten einer oder mehrerer Sitzungen experimenteller Regression mit LSD-25 unterzogen. Darunter befanden sich vier Fälle von Asthma bronchiale, vier Fälle von Migräne, drei Fälle von Ulcus ventriculi oder duodeni, drei Fälle von Gastritis, zwei Fälle von Colitis ulcerosa, zwei Fälle von primär chronischer Polyarthrititis, ein Fall von Psoriasis, ein Fall von Neurodermitis und ein Fall von Anorexia nervosa. Die übrigen waren Patienten mit verschiedenen Symptomen einer Psychoneurose oder einer psychisch bedingten „vegetativen Dystonie“. Im Gegensatz zu den in der Literatur beschriebenen Behandlungsmethoden wurden die Patienten im Rausch nicht sich selbst überlassen oder dabei nur sporadisch von einem Psychotherapeuten gesehen. Es wurde vielmehr während des gesamten Verlaufs des „Vollrausches“ (Rausch zweiten Grades nach LEUNER, in welchem die wesentlichen Ichfunktionen aufrecht erhalten sind), eine analytische Situation beibehalten. Das heißt, der Patient lag auf einer Couch und hatte die Anweisung, die analytische Grundregel zu befolgen. Der Analytiker saß außerhalb des Gesichtsfeldes des Patienten. Da vorwiegend LSD-25 als Halluzinogen verwendet wurde, ergab sich eine etwa vierstündige Dauer der eigentlichen Rauschsitzung. Sodann wurde unter Gabe von Phenothiazin oder von Barbituraten eine zirka einstündige Pause eingelegt. Schließlich wurde im allgemeinen und soweit der Patient dies wünschte, nach Abklingen des Rausches eine

weitere Analysenstunde zum Zwecke des Durcharbeitens angefügt. Der größte Teil der vom Team der Psychosomatischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität München behandelten Patienten unterzog sich der Rauschbehandlung im Verlaufe einer Psychoanalyse, die vorher bereits aufgenommen worden war. Die Analyse wurde durchsetzt von Rauschsitzungen, die in einer Frequenz von einmal pro 14 Tage bis zu einmal pro drei Monaten stattfanden. Abgesehen von einigen Fällen, in denen Rauschsitzungen zu diagnostischen Zwecken ohne analytische Vorbereitung stattgefunden haben, ging der Rauschsitzung als Mindestvorbereitung die übliche analytische Probezeit von 10 bis 20 Stunden voraus. Die Anwendung von LSD wurde nach Möglichkeit bereits in die Vorbesprechung der Analyse einbezogen. Es wurde dem Patienten mitgeteilt, daß es ein Verfahren zur Intensivierung unbewußten Erlebens gebe, das jedoch nicht in jedem Fall angewendet werden mußte. Bei der Vorbereitung der LSD-Sitzung wurden in jedem Falle die Erwartungsvorstellungen der Patienten einschließlich der Erwartungsängste sowie der damit vorhandenen Übertragungshaltungen analysiert. Die Rauschsitzung fand jeweils nur dann statt, wenn keine analytische Gegenindikation bestand und wenn der Patient eine spontane Bereitschaft mitbrachte. Bequemlichkeitshaltungen und andere Formen von Übertragung und Widerstand, bei denen die Rauschbehandlung mehr Nachteile als Vorteile zu bringen versprach, wurden ebenfalls generell von der Anwendung des Verfahrens ausgeschlossen.

Das vorwiegend verwendete LSD-25 (Delysid Sandoz) wurde peroral in Dosierungen von 1 bis 2 μ /kg Körpergewicht verabreicht. Die Zeit von zirka 20 bis 60 Minuten zwischen der Gabe des Mittels und dem Eintritt des Rausches wurde bereits als Analyse gehandhabt und namentlich zur Durcharbeitung der Erwartungsängste und der damit verbundenen Abwehrpatterns verwendet. Ein Teil der Patienten wurde ambulant behandelt und im Anschluß an den Rausch von Angehörigen aus der Klinik abgeholt und wieder nach Hause verbracht. Andere Patienten, bei denen die ambulante Behandlung aus verschiedenen Gründen nicht indiziert schien, wurden für zwei

Tage stationär aufgenommen und am Tage nach der Rauschbehandlung wieder aus der Poliklinik entlassen.

Um die unter den genannten Bedingungen durchgeführte Arbeit korrekt zu beurteilen, muß zunächst die Wirkungsweise der Halluzinogene und insbesondere des von uns verwendeten LSD-25 näher erläutert werden. Es wurde schon ausgeführt, daß die intrapsychische Kommunikation gesteigert wird und daß unbewußte Inhalte in das Erlebnisfeld eindringen. Bei Anwendung einer psychoanalytischen Terminologie kann man formulieren: Das LSD-25 setzt bei schwacher und mittlerer Dosierung (1 bis 2 μ /kg Körpergewicht) die Wirksamkeit des Reizfilters gegen innere Wahrnehmungen herab. Anders ausgedrückt: Die Durchlässigkeit der Ichgrenzen wird gesteigert, so daß innere Reize mit geringem Schwellenwert in das Wahrnehmungsfeld eintreten. Trotz dieses Umstandes taucht in den meisten Fällen keineswegs unmittelbar unbewußtes Erinnerungsmaterial auf. Die in das Erlebnisfeld eintretenden Reize bewirken vielmehr ihrerseits eine Mobilisierung zusätzlicher Abwehrmechanismen. Wie bei der neurotischen Symptombildung werden archaische Abwehrmechanismen mobilisiert und es findet eine Regression auf frühere Ichzustände statt. Desgleichen stellen sich Widerstände und Übertragungshaltungen ein, die in einem Erlebniszusammenhang mit den genannten früheren Ichzuständen stehen. Praktisch bedeutet dies, daß das ganze Rauschverhalten des Patienten keineswegs nur unter dem Aspekt des Eindringens von verdrängtem Erlebnismaterial, sondern vielmehr als Reaktion des Ich auf die eindringenden Reize gesehen werden muß. Wir haben es also in jedem Falle mit einer Bearbeitung des „Materials“ durch das Ich zu tun. Daraus folgt wiederum, daß eine bloß psychokathartische Behandlung in den meisten Fällen nicht ausreichen kann, das Rauscherleben zu integrieren.

Nach unseren Beobachtungen gibt es bei relativ normalen Individuen eine Sequenz verschiedener Abwehrmechanismen, die den Rauschverlauf zugleich auch als einen Vorgang progressiver „Verichung“ im Sinne von FEDERN erscheinen lassen. Zu Beginn des Rausches finden wir besonders oft die Mechanismen der Negation und der Isolierung sowie eine Verstärkung

der Gegenbesetzung an den Ichgrenzen. Bei entsprechender analytischer Bearbeitung weicht diese Abwehr sehr oft dem Mechanismus der Projektion. Das heißt, die auftauchenden Wahrnehmungen werden dadurch in die Außenwelt verlegt, daß sie projiziert bzw. als äußere Wahrnehmungen halluziniert werden. Sodann findet sich sehr oft ein Stadium der Somatisierung, das bereits als eine ichnähere Form der Abwehr angesehen werden kann. Der Übergang von einer Form der Bearbeitung zur anderen geschieht oft in der Weise, daß gleiche Erlebnis-inhalte wie z. B. die Wahrnehmung von fließendem Wasser das eine Mal als plätschernder Brunnen optisch halluziniert und das zweite Mal unter Harndrang somatisiert werden, bis schließlich im Verlauf der analytischen Bearbeitung eine Integration der zugehörigen Triebimpulse und Emotionen in der Übertragung möglich wird. Auf die Somatisierung folgt bei einer großen Anzahl von Patienten ein Stadium des Agierens, das durch den Rausch erheblich gefördert werden kann und das unter Umständen einer Widerstandsanalyse bedarf.

Das Prinzip der Übertragungsanalyse ist es bekanntlich, auf die Deutung des vom Patienten gebotenen Materials insoweit zu verzichten, als es keine Beziehung zur gegenwärtigen Übertragungssituation hat. Nach dem bekannten Beispiel von WILHELM REICH wird einem Patienten mit passiv-femininem Charakter, der den Tod einer Vaterfigur träumt, nicht der Todeswunsch gegen den Vater oder den Analytiker gedeutet, sondern im Gegenteil vordergründige Gefügigkeit oder Gefälligkeit, die der Patient tatsächlich dem Behandler oder auch sonstigen Bezugspersonen zukehrt. Man verzichtet namentlich auf Symboldeutungen und auf die Besprechung frühkindlichen Materials, wenn dies noch nicht übertragungsreif ist. Vielmehr besteht ein Vorrang in der Bearbeitung des Widerstands und insbesondere der von REICH so genannten Charakterwiderstände oder Halluzinationen.

Dieses gleiche Vorgehen ergab sich uns auch für die Arbeit im LSD-Rausch. Damit ergibt sich zugleich ein wesentlicher methodischer Unterschied zwischen dem von uns gewählten Verfahren und den psychokathartischen Methoden, die in der Psychotherapie mit Halluzinogenen bisher vorwiegend zur

Anwendung gekommen sind. Die Analyse des halluzinierten Materials lehnt sich im übrigen weitgehend an die Psychoanalyse des Traumes an. Es wird nicht versucht, den manifesten Trauminhalt bzw. Rauschinhalt durch Symboldeutungen oder gar Archetypendeutungen formal zu interpretieren, sondern es wird versucht, den latenten Trauminhalt bzw. Rauschinhalt in dem Maße zu interpretieren, in dem er in den Einfällen des Patienten bzw. in seiner nichtverbalen Kommunikation zum Ausdruck kommt. Wenn im Rausch eine Inflation von halluzinierten Ornamenten und anderen ästhetischen Qualitäten ohne jeglichen Bezug zu persönlichem Erleben auftritt, dann wird diese Neigung zur Ästhetisierung im Rausch genauso gedeutet wie die Tendenz zur Rationalisierung während der normalen Analyse. Gemeinsam ist der ästhetischen Formalisierung und der Rationalisierung, daß jeweils die emotionalen Qualitäten des Erlebens ausgeklammert werden, indem sich der Erlebnissvorgang auf unpersönliche formale Qualitäten und Kategorien verschiebt. Es wird in einem solchen Falle die Angst interpretiert, sich dem persönlichen Erleben zu überlassen.

Ich will im folgenden einige Beispiele anfügen, die die von uns verwendete Technik verdeutlichen sollen: Ein Patient, der von Beruf Schriftsteller ist, halluziniert im Rausch die Schöpfungsgeschichte. Er fühlt sich gottähnlich und erlebt, wie er selbst alle Lebewesen von den Protozoen bis zu den Ichthyosauriern und von den Ichthyosauriern bis zu den Menschen selber erzeugt. Dabei wendet er aber dem Analytiker den Rücken zu und zieht seine Beine an. Der Analytiker greift in dieser Situation das auf, was ihm als Übertragungsaspekt den Vorrang in der Bearbeitung zu haben scheint: Er macht den Patienten darauf aufmerksam, daß dieser dem Analytiker den Rücken zukehrt. Er deutet ihm stufenweise, daß der Patient eine schöpferische Zeugungskraft nur erlebt, wenn er gleichzeitig eine Schutzhaltung gegenüber dem Therapeuten einnehme. Von der Übertragung her wird dem Patienten erlebbar gemacht, daß er sich bedroht fühle und daß er offenbar fürchte, der Analytiker könne ihn in seiner Zeugungskraft schädigen. Das übertragungsanalytische Vorgehen erlaubt mit anderen Worten, die Kastrationsangst des Patienten als den eigentlichen

dynamischen Faktor in der Situation zu ermitteln. Jeder Versuch, das Rauschmaterial isoliert zu betrachten und es in irgendeiner Weise zu verabsolutieren, würde an der konkreten Wirklichkeit vorbeigehen, die sich hic et nunc im Übertragungsfeld von Arzt und Patient konstellierte. Die richtige Deutung führte in dem genannten Fall zum Verschwinden der Bilder von der Schöpfungsgeschichte und zur Auslösung eines Harndranges mit ausgesprochenen Kastrationsgefühlen.

Ein anderes Beispiel: Ein auswärtiger Patient mit einer Magensymptomatik und einer latent homosexuellen Problematik erlebt im Halluzinogenrausch ein Gefühl des Erdrücktwerdens. Er keucht schwer und sieht die Pfeiler einer Autobahnbrücke, die er auf der Fahrt zum Analytiker überquert hat, auf seiner Brust lasten. Er beschreibt diese Pfeiler als durchaus phallische Gebilde und gibt selbst infolge seiner psychoanalytischen Belesenheit die Deutung, es handle sich um phallische Pfeiler, die ihn erdrückten. Der Analytiker gibt in dieser Situation die Deutung, der Patient fühle sich durch den Analytiker erdrückt. Auf die Deutung verstärkt sich das Gefühl. Der Patient fühlt sich platt gedrückt wie eine Briefmarke. Er hat die unheimliche Empfindung, im Behandlungsraum von seinem Analytiker, den er ambivalent einerseits als großen Mann verehrt und andererseits ständig zu entwerten versucht, buchstäblich plattgedrückt zu werden. Dieses Erleben setzt sich über längere Strecken des Behandlungsverlaufs in verschiedenen Variationen fort. Der Patient hat das Gefühl, in der Kurve einer Radrennbahn am Boden zu liegen und ganz konkav zu sein, während verschiedene Männer auf Fahrrädern an ihm vorbeisaußen. Er fühlt sich selbst konkav und legt sich dabei hin wie eine Frau mit geöffneten Beinen. Er sieht den Analytiker als Riesen, der auf ihn eindringt. Die Deutung lautet: „Sie haben Angst vor Ihrer eigenen Männlichkeit, Sie schreiben mir Ihre Männlichkeit zu, projizieren Ihre Männlichkeit auf mich, weil Sie offenbar Angst vor ihr haben. Es sieht so aus, also ob nur die anderen, wie hier ich, das Recht hätten, männlich aufzutreten.“ Auf diese Deutung hin, die dem Patienten ein starkes Evidenzgefühl vermittelt, taucht in seinem Rauscherleben der halluzinierte Glatzkopf seines Vaters auf. Er fühlt sich nunmehr von seinem Vater

erdrückt und verspürt zugleich ein intensives Haßgefühl. Im weiteren Verlauf des Rausches hat der Patient das Gefühl, seine Männlichkeit als etwas ihm eigenes zu erleben. Statt konkav zu sein, streckt er nunmehr den Bauch vor und erklärt, er sei konvex. Er will mit dem Therapeuten zusammen mit vorgestrecktem Bauch und Penis durchs Zimmer marschieren. Dabei werde sich schon zeigen, so sagt er lachend, „wer den Längeren habe“. Die Szene führt zur Wiedererinnerung einer ödipalen Konfliktsituation mit dem Vater, die der Patient durch Selbstkastration bzw. durch regressive Abwehr seiner eigenen phallischen Tendenzen bewältigt hatte.

Schließlich noch ein Beispiel, in dem auch die Übertragungsanalytische Bearbeitung von Symptombildungen deutlich wird, die im Halluzinogenrausch auftreten: Eine Patientin hatte während des Rausches das intensive Gefühl, der Analytiker solle „weg sein“, solle „von der Bildfläche verschwinden“. Es wird ihr der seit einiger Zeit in der Übertragung auftauchende Todeswunsch gegen die Mutter partiell gedeutet. Darauf stellt sich das Leitsymptom der Patientin in Gestalt eines depressiven Zustandes ein, welches sich langsam steigert und allmählich im Rausch infolge seiner Schwere an das Zustandsbild einer endogenen Depression erinnert. Der Analytiker hat den eindeutigen Eindruck, die Patientin habe Schuldgefühle wegen ihres Todeswunsches gegen die Mutter. Die Interpretation dieses Schuldgefühles führt jedoch nur zu einer Verstärkung der Depression, nicht aber zu einer Rückbildung des Symptoms, wie wir es bei richtigen und vollständigen Übertragungsdeutungen gewöhnt sind. Erst, als der Analytiker den masochistischen Übertragungsaspekt erkannte und interpretierte, daß die Patientin mit ihrem Leid den Analytiker, so wie früher die Mutter, beschwichtigen und Schuldgefühle bei ihm wecken wolle, ging das depressive Zustandsbild schnell zurück und machte einem intensiven Evidenzerlebnis des Zusammenhanges Platz. Gleichzeitig wurde erneut eine Wut freigesetzt, die von der Patientin unmittelbar als Mutterhaß erlebt wurde. In diesem Zusammenhang spürte die Patientin erstmals selbst, daß sie das Leid ihrer Depression als Waffe benützte, um bei anderen Menschen Mitleid und Schuldgefühle zu wecken.

An dem letztgenannten Beispiel wird besonders deutlich, welche Bedeutung dem Halluzinogenrausch für die Verifikation der Richtigkeit von Deutungen zukommt. Falsche oder unvollständige Deutungen können das Rauscherleben nicht wesentlich beeinflussen und können namentlich keine Auflösung auftretender Symptome, Widerstände oder Übertragungshaltungen bewirken. Da gleiche gilt für alle Deutungen, die formal-abstrakt zwar richtig sind – wie in dem genannten Beispiel etwa die Deutung des Schuldgefühls der Patientin –, aber doch die konkrete Wirklichkeit der Übertragungssituation und damit den hic et nunc-Stellenwert des Symptoms verfehlen. Die praktische Wichtigkeit richtiger und vollständiger Deutungen im LSD-Rausch ist im übrigen noch viel größer als in einer normalen psychoanalytischen Behandlung: Symptombildungen führen im Rausch sehr oft dazu, daß der „szenisch-fluktuierende Rauschverlauf (LEUNER) in einen „fragmentarisch-stagnierenden“ Rauschverlauf (LEUNER) übergeht, so daß das Symptom und sein Erlebniskontext persistieren.

Symptombildungen während der Rauschbehandlung können bei nicht adäquater analytischer Technik über den Rausch hinaus mehrere Tage oder Wochen anhalten. Daraus ergibt sich die Folgerung, daß der Halluzinogenrausch keineswegs eine Eselsbrücke ist, mit deren Hilfe psychoanalytisch nicht genügend geschulte Therapeuten ihre Ausbildungslücken kompensieren können. Es ist vielmehr im Gegenteil so, daß die Behandlung im Halluzinogenrausch an den Analytiker weitaus größere Anforderungen an Wissen, Erfahrung und Intuition stellt als dies in einer gewöhnlichen analytischen Kur der Fall ist. Aus diesem Grunde kann nur eindringlich vor jener wilden Form der analytischen Psychotherapie gewarnt werden, die vom Behandler ohne analytische Qualifikation mit Hilfe von Halluzinogenräuschen durchgeführt wird. Es erscheint uns nach der nunmehr einjährigen Erfahrung auf diesem Gebiete als ausgeschlossen, daß ein analytischer Laie instande ist, schwere Komplikationen und unlösbare Situationen zu vermeiden, die sich aus der Nichtbewältigung des Wechselspiels von Übertragung und Gegenübertragung während einer Rauschanalyse ergeben können.

Welches sind nun die Schlußfolgerungen, die bei vorsichtiger Beurteilung aus unserer bisherigen Arbeit gezogen werden können? Zunächst muß natürlich gesagt werden, daß es sich nur um vorläufige Eindrücke handeln kann, die keineswegs das Gewicht fertiger wissenschaftlicher Aussagen haben können, da die Beobachtungszeit und die Zahl der behandelten Patienten zu gering ist. Trotzdem drängen sich einem Psychoanalytiker einige Feststellungen auf:

1. Der Halluzinogenrausch ist ein Verfahren experimenteller Regression, welches die Herstellung archaischer Ich-Zustände ermöglicht.

2. Als wichtigstes Resultat unserer bisherigen Arbeit ergibt sich uns, daß dem LSD- bzw. Halluzinogenrausch ein besonderes Gewicht bei der Erforschung der psychosomatischen Krankheitsbilder zukommen kann. Psychosomatische Symptombildungen treten im Rausch in akuter Form auf und werden dabei mit einem Rauschkontext von Emotionen und Affekten erlebt, der den Patienten die psychischen Hintergründe ihrer körperlichen Symptome unmittelbar erlebbar macht. Eine Patientin mit primär chronischer Polyarthrits entwickelte z. B. erhebliche Wutgefühle, die im Zusammenhang mit Gelenkschmerzen auftraten und sodann in dem Maße zunahmen, wie der Schmerz in den Gelenken abnahm. Es stellte sich dann eine Angst vor der eigenen Wut und wieder eine Verstärkung des Schmerzes ein, so daß die betreffende Rheumatikerin die Alternative zwischen ursprünglichem Affekt und körperlicher Symptombildung in einem alternierenden Rauschverlauf über mehrere Stunden hin erlebte. Insgesamt ergibt sich uns der Eindruck, daß der Halluzinogenrausch als initiale Methode vor allem bei der Behandlung von solchen Patienten in Frage kommt, bei denen die Somatisierung die Einsicht in die psychische Natur des Leidens unmöglich macht.

3. Die wissenschaftliche Bedeutung der Analyse im Halluzinogenrausch ergibt sich auch aus einer bisher nicht im gleichen Umfang gegebenen Möglichkeit der unmittelbaren Verifikation der Wirkung von Deutungen im analytischen Prozeß.

4. Die Analyse im Halluzinogenrausch verspricht eine besondere Bereicherung der Ich-Psychologie und jenes seit TAUSK, Paul

SCHILDER und HOFFER weitgehend brachliegenden Forschungszweiges, der sich mit dem Körperbild und Körper-Ich des Menschen sowie mit der Entwicklung und den Störungsmöglichkeiten dieses Bereiches befaßt. Da der Halluzinogenrausch im wesentlichen als ein veränderter Ichzustand aufzufassen ist und da Körpersensationen bei den oft auftretenden archaischen Ichzuständen eine große Rolle spielen, eröffnet sich für eine bis heute noch vorwiegend in triebpsychologischen Kategorien denkende psychosomatische Medizin eine neue Möglichkeit der Erweiterung ihres Forschungsansatzes zu jenem ich-psychologischen Denken, welches im Bereich der allgemeinen Psychoanalyse inzwischen gang und gäbe ist.

Zum Schluß möchte ich noch hinzufügen, daß nach unseren Erfahrungen bereits jetzt die Notwendigkeit deutlich wird, psychopathologische, gestaltpsychologische und auch etologische Aspekte in die psychosomatische Forschung einzubeziehen, die bisher nicht im Gesichtsfeld der vorwiegend psychoanalytisch orientierten Psychosomatiker lagen. Der neue Forschungszweig könnte unter Umständen ein Beitrag zu dem notwendigen Brückenschlag zwischen den verschiedenen Fachgebieten leisten, die sich infolge fortschreitender Spezialisierung auseinanderentwickelt und ihren inneren Zusammenhang verloren haben.

Diskussionsbeitrag

VON HEINZ HOLFELD

Ich darf in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit, recht unvollständig zwar, auf einige allgemeine Gesichtspunkte der Psychotherapie mit Anwendung von LSD-25 und ähnlichen Substanzen eingehen. Der Übersichtlichkeit halber erlauben Sie mir eine Gliederung in Vor- und Nachteile der Behandlung. Bevor ich aber einige Gedanken zum genannten Gegenstand skizziere, möchte ich eine Grundansicht voranstellen: Ich glaube nicht, daß die Verwendung von Drogen einer grundlegend neuen Methode gleichkommt, der man einen wohlklingenden Namen geben sollte, so sehr terminologischer Schöpfergeist dazu beflügelt sein mag. Man nennt die Psychotherapie auch nicht anders, wenn man den Patienten regelabweichend gegenüber sitzen läßt, anstatt ihn liegend zu behandeln, obwohl zugegebenermaßen im analytischen Raum dadurch eine ganz andere zwischenmenschliche Situation entsteht. Das Werkzeug ändert nicht den Geist des Verfahrens. Ein weiteres: Das dialektische Geschehen zwischen einem Analytiker und einem Analysanden vermag Regelmäßigkeiten zu postulieren in einem immer offenen Horizont von Möglichkeit. Einem Systematisierungsbedürfnis ist aber eben dieses Geschehen abhold. Was ergibt sich daraus? Auch die drogenunterstützte Psychotherapie ist Möglichkeit und nicht mehr. Man wird vielleicht einmal sagen können, bei den oder jenen Strukturen, Symptomen oder Symptomkombinationen usw. kann eine Drogenverwendung hilfreich sein, sie wird es aber keinesfalls sein müssen. Individueller Bedingungs-zusammenhang krankheitsdeterminierender Faktoren und die ebenso individuelle Erfahrung des Analytikers werden die Indikation immer eher bestimmen als sogenanntes wissenschaftliches System. Wie auch sonst in der Psychotherapie ist vorstellungsfüllige Kennerschaft erfolgreicher als noch so gut

ausgeklügelte Systematik. Ich glaube mit anderen Worten, daß es keine absolute, sondern immer nur eine relative Indikation für eine Drogenverwendung gibt. Mit Recht werden Sie einwenden: Wozu diese selbstverständlichen Worte? Aber bitte, bedenken Sie, daß wir es hier ja mit einem Werkzeug zu tun haben, dessen Handhabung sich noch ganz in statu nascendi befindet, und nur zu leicht überrennt der neue Wege suchende Geist zu sattem bekannte Erfahrungen, und zwar meist zum Schaden der an sich guten Idee und schließlich derer, denen sie zugute kommen sollte. Nun aber wenden wir uns den Vorzügen dieser Form psychotherapeutischen Vorgehens zu.

LSD-25 und ähnlich wirkende Substanzen verursachen bei geeigneter Dosierung einen Erlebniswandel, der Primärprozesse in den Vordergrund treten läßt. Gefühlsmäßige Einstellungen, z. B. im Sinne Schultz-Henckescher Haltungen, bestimmen sinnfälliger das Verhalten des Analysanden als sonst. Regressionen in alle möglichen biographischen Tiefen bis zurück zu den geradezu organischen Funktionsmodellen, wie wir sie von ERIKSON kennen, können mit einer erstaunlich bildhaften Erlebnisintensität durchwandert und mit Hilfe des deutenden Analytikers zur einer corrective emotional experience von großer Dichte werden.

Auch für den Beobachter überraschend wird in grotesker Überdehnung – und dadurch anschaulich – häufig die Innenwelt als die Folge neurotischer Entwicklung der faktischen Wirklichkeit gegenübergestellt. So spürt beispielsweise ein Patient den ganzen Kosmos in sich und identifiziert sich mit dem All als Ausdruck kindlicher Omnipotenz, um im nächsten Moment zu einem Nichts zusammenzuschrumpfen und seinen unerfüllbaren Allmachtswunsch als Angst vor dem Nicht-sein entlarven zu können. Günstigenfalls erlebt dann der Patient gar noch den ganz spezifischen biographischen Stellenwert in längst vergessenen – will sagen – verdrängten Kindertagen, in denen jeder Zugriff in die begriffen-werden-wollende Welt auf die überängstliche Mutter stieß und diese Angst als unübersteigbare graue Mauer sich vor des Patienten innerem Auge auftrat und als inbildlicher Repräsentant der Resignation überhaupt erstmals zum Erleben kommt. Ja, es mag sogar noch weiter-

gehen und aus irgendeiner unbekannten Tiefe taucht angesichts der Ohnmacht gegenüber der grauen Mauer mütterlicher Überängstlichkeit die ohnmächtige Wut – zunächst als bildloser Affekt – auf. Vielleicht begleitet sie schließlich die Vision eines brennenden Scheiterhaufens, auf dem er zunächst seine Mutter sieht und dann andere Frauen, denen er in seinem Leben begegnet ist, die alle sein verstellter Blick in den Topf mütterlicher Identifikation warf. Erstaunt begreift der Patient an dieser Stelle den Hintergrund seines Pantoffelheldendaseins in der Ehe als Folge seines nicht wahrgenommenen Hasses, der ihn in die Gefügigkeit zwingt. Wir mögen unserer Phantasie noch weiter Raum geben und können getrost glauben, daß man solchen und ähnlichen Erlebnisweisen immer wieder begegnet. Der Patient verläßt den wundersamen Rausch befreit und gestärkt mit einem noch nie gekannten Kraftgefühl, aber das jubelnde Herz des Analytikers wird oftmals nur allzuschnell enttäuscht werden, wenn nämlich kurze Zeit darauf doch nichts passiert ist. Hier schließt sich die problematische Frage an, inwieweit eine drogenunterstützte Psychotherapie die Behandlungsdauer abzukürzen vermag. Nach den bisherigen Erfahrungen dürfte dies zwar der Fall sein, aber sicher nicht in dem Maße, wie zunächst geglaubt wurde. Die leidige Erfahrung läßt uns nur zu gut wissen, wie oft und in wieviel Versionen so etwas geschehen muß, bis schrittweise sich eine echte Wandlung vollzieht.

Im Gegensatz dazu kann man aber über die erfreuliche Tatsache berichten, daß eben ein solches Geschehen, einem Aha-Erlebnis gleich, dem Patienten psychogenetisches Verständnis nahebringt, und ich glaube, daß mancher Analyseambivalente sich danach leichter für eine notwendige psychotherapeutische Behandlung entschließt, weil sie dann eine glaubwürdige Hoffnung erweckt, hiermit einen Weg zur Entfaltung vor sich zu haben.

Eine 23jährige Studentin, die seit ihrem 17. Lebensjahr an anhaltenden Kopfschmerzen leidet, und deren Studium durch diese Beschwerden gefährdet ist, wird in unserer Klinik aufgenommen. Die unter neuropsychologischen Gesichtspunkten erhobene Anamnese und die negativen Ergebnisse der organischen Untersuchung legen eine Psychogenese nahe. Die die Psychotherapie vorbereitenden Besprechungen lassen an eine mittelschwere schizoid-

PE
to
s n

hysterische Mischstruktur denken, bei guten Entfaltungspotenzen. Die Patientin steht einer psychotherapeutischen Behandlung sehr mißtrauisch gegenüber und erklärt sich nach entsprechender Vorbereitung zu einem LSD-25-Versuch bereit. In dem in niedriger Dosierung durchgeführten LSD-25-Rausch erlebt die Patientin im wesentlichen zwei miteinander wechselnde Zustände: sie fühlt sich sehr wohl, geborgen, am ganzen Körper, insbesondere im Kopf warm, sie hat keine Kopfschmerzen und im Raum herrscht eine Atmosphäre der Gemütlichkeit. Der neben ihr sitzende Therapeut ist ein freundlicher Mann mit gütigen Augen. Im Anschluß daran friert die Patientin, im Kopf hat sie ein Gefühl eisiger Kälte, sie klagt über stechende Kopfschmerzen, sie ist ängstlich, glaubt, im Raume befinde sich etwas, das sie bedrohe, sie ist mißtrauisch und der Therapeut hat finstere, kalte und durchbohrende Augen. Dramatisch wird die Patientin zwischen diesen beiden Zuständen hin und her gerissen und hat am Ende der Behandlung die Gewißheit, daß ihre Beschwerden einen psychischen Hintergrund haben und eine psychotherapeutische Behandlung der für sie richtige Weg zur Befreiung ist.

Im Anschluß daran ist die Annahme naheliegend, daß besonders widerständige Patienten durch einen oder einige wenige LSD-25-Sitzungen eine Auflockerung erfahren können, die die Analyse überhaupt oder wieder in Gang bringt.

Mit einer gelegentlich bewundernswerten durchdringenden Klarsicht kann im drogenintensivierten Erlebniszustand das menschenwesentliche psychophysische In-der-Welt-sein aufleuchten und die Geistnatur durch das sinnlich-bildhafte Erleben hindurch zu beglückender Erkenntnis werden. Zeitlich gerafft und erlebnisnah dringt der Analysand zu den Inbildern und den mythisch-magischen Quellen seines Seins vor.

Die wesentlichen Voraussetzungen für die Therapie mit diesen Drogen bezüglich der Person des Analytikers sind nicht anders als sonst in der Psychotherapie. Es brauchen keine neue Technik oder ein besonderes Wissen erlernt zu werden – von einer regulären Ausbildung und vielleicht einigen Eigenversuchen unter Kontrolle abgesehen. Die Andersheiten sind wesentlich formaler Natur und sollen bei den Nachteilen noch kurz Erwähnung finden.

Im Hinblick auf mögliche Forschung könnte ich mir eine wesentliche Bereicherung vorstellen. Abgesehen von der geradezu experimentellen Beweisführung schon bekannter psychoanalytischer Theorien – man mag an die Entwicklungsphasen denken – dürften sich neue Wege für die Erforschung psychophysischer Korrelationen, z. B. bei der Bildung des Körperschemas,

psychosomatischer Störungen – ich erinnere an das WEIZÄCKERsche „Warum gerade hier und warum gerade jetzt“ – und vieles mehr ergeben. Wissen wir doch über das Auftreten von Regressionen auf eine Stufe somatopsychischen Ganzheitsgeschehens, wobei in einer unter anderen Bedingungen kaum anzutreffenden Deutlichkeit sich organische Funktionsabläufe mit seelischem Geschehen verknüpfen.

Es seien nunmehr zum Abschluß fragmentarisch noch einige Überlegungen zu den Nachteilen der Behandlungen geäußert: Für die äußere, rein technische Gestaltung ist die lange Dauer der Sitzung im Hinblick auf den üblichen Rahmen ambulanter Psychotherapie unvorteilhaft. Die LSD-25-Wirkung erstreckt sich über einen Zeitraum von vier bis sechs Stunden, die von Psilocybin dagegen über zirka zwei bis vier Stunden. Bezüglich der Toxizität ist bei beiden Drogen kaum etwas zu befürchten. Jene Gefahren aber müssen erwähnt werden, die grundsätzlich bei jeder Intensivierung psychotherapeutischen Vorgehens auftreten können: regressives Verhalten und Agieren im außeranalytischen Raum; Dämonisierung der Welt mit der Gefahr psychotischer Reaktionen bei Patienten mit dazu disponierenden Persönlichkeitsstrukturen. Besonders aber möchte ich auf den verhängnisvollen Irrtum hinweisen, Drogen vermöchten Lücken in Kenntnis und Erfahrung der psychotherapeutischen Behandlungsmethode auszufüllen.

Ein zwar interessierter und sicher auch begabter, sehr dynamischer Kollege, ohne psychotherapeutische Ausbildung und Lehranalyse, steuert in einer dem unvoreingenommenen Beobachter offensichtlichen Gegenübertragung einen erheblichen mütterfixierten Neurosepatienten solchermaßen in Aggressionen, daß der Patient in eine Inflation gerät, die einem schizophren-katatonen Zustandsbild gleicht und eine mehrwöchige anstaltsärztliche Kur erforderlich macht.

Es dürfte nach den bisherigen Ausführungen verständlich sein, daß bei der Drogenverwendung Übertragungen, und wie im vorliegenden Falle auch Gegenübertragungen, ungewöhnlich stark mobilisiert werden. Man kann sich von dieser Tatsache sehr leicht überzeugen, wenn man sich von dem Patienten im Rauschzustand in die Augen sehen läßt. Die Augen des Analytikers nehmen sehr schnell Form, Farbe und Ausdruck der jeweiligen Übertragungsperson an und diese illusionäre Verken-

nung wird in der Regel von dem entsprechenden Affekt begleitet. Abgesehen von den schädlichen Auswirkungen auf die betroffenen Patienten ist die oben beschriebene Art von Zwischenfällen ein willkommener Aufhänger für psychotherapiefeindliche Ideologien.

PSYCHOTHERAPIE UND SOZIALVERSICHERUNG